RUBEOLE au cours de la grossesse Q+++

Q167

Généralités

- **Virus à ARN**, famille des Togaviridae
- Affection **ubiquitaire**, **interhumaine**, **symptomatique** dans 90 % des cas
- **Contagieuse** (**8 j** avant **+ 8 j** après éruption), transmise par **voie respiratoire**, **incubation = 16 j**Q
- Gravité = risque **d'embryofoetopathie si primoinfection avant 18 SA**
- **Vaccination**

Diagnostic maternel

- ***Clinique***
  - Eruption **morbilliforme** (**maculeuse rosée non prurigineuse s'étendant du visage au corps entier avec respect de la paume, des plantes de pieds, du cuir chevelu et des muqueuses**)
  - avec syndrome **pseudo-grippal**, fébricule, **ADP** sous-occipitales et cervicales post
  - ou inapparente (10 %)

- ***Sérologie***
  - **Sérologie** devant une éruption évocatrice, situation de contage au 1e trimestre de grossesse (contact avec un enfant « suspect » de rubéoleQ) **même chez une patiente antérieurement immunisée**
  - **Surveillance** d'une **patiente séronégative** au cours du 1e trimestre (sérologie obligatoire lors du premier examen prénatal si la sérologie antérieure est négative ou inconnue → sérologie **mensuelle** si -)
  - **Ac** apparaissent **au moment de l'éruption (16 j)**Q, **max à 3 sem**
    → si contage **< 16 j et sérologie +** : indique **immunité ancienne**Q+++ dc ∅ risque pour foetusQ
  - Infection **récente si IgM + tx élevés d'IgG**
  - Infection **évolutive si séroconversion ou si ↑↑ IgG avec IgM + sur 2 sérologies à 3 sem** d'intervalle ds le même labo avec les mêmes kits (si difficultés d'interprétation → analyse des sérums par un labo de référence)

Diagnostic chez l'enfant

- ***Anténatal***
  - réalisé en cas de **primo-infection** rubéolique maternelle survenue entre **2 et 18 SA**
  → Recherche **IgM (et IgA)** spécifique dans le **sang foetal** prélevé à partir de la **22e SA**
  - **écho** : recherche de malformations, foetopathie

- ***Néonatal***
  - Clinique : **hypotrophie, HSMG, ADP, purpura, anémie, surdité**
  - **sérologie** et **culture** virale (prélèvement **gorge et urines**)
    IgM et IgA spécifique sériques **présentes jusqu'à 3 mois**

Risques foetaux

- ***Infection par voie transplacentaire après virémie maternelle***
  - Risque de **transmission** élevé au cours du **1e trimestre et 3ème trimestre**
  - Risque de **malformations (embryopathie)** > 70 % **avant 11 SA**, diminue de 11 à 16 SA, **nul après 18 SA**
  - Risque de **foetopathie** persiste après 18 SA

- ***Manifestations de la contamination ovulaire***
  - ➢ **Avortement spontané**
  - ➢ **Embryopathie (due aux propriétés cytopathogènes du virus)**
    - Cardiopathie : **CIA, CIV, coarctation** de l'aorte
    - Anomalie oculaires : **cataracte, microphtalmie, rétinite**
    - **Surdité** de perception par atteinte **cochléaire**
    - **Microcéphalie**
  - ➢ **Foetopathie**
    - **Hypotrophie**
    - **Hépatosplénomégalie**
    - **Purpura thrombopénique**
    - **Adénopathies**
    - **Anémie**

- **Manifestations postnatales et tardives**
  - **Retard** psycho-moteur
  - **Surdité**
  - **Diabète**
  - **Dysthyroïdie**
  - **Choriorétinopathie**
  - **Sténose artérielle pulmonaire**
  - **Périencéphalite chronique** (homme, 10 ans)
  - **Microcéphalie**

Traitement

- **Primo-infection** maternelle entre **2 et 12 SA** : Interruption de grossesse pour motif médical peut être proposée **(IGPMM)** car risque majeur de malformations gravissimes

- **Primo-infection** maternelle entre **13 ~ 18 SA** :
  - Surveillance **écho** (foetopathie surtout ; si 12 - 18 SA : peu de risque de malformation, **surtout risque de surdité**)
  - **Diagnostic prénatal** à la 22e SA : **si +** (viro) **→ IGPMM** peut être proposée

Prévention

- **Vaccination** chez une patiente séronégative avant grossesse : **dose unique SC**

(une vaccination antirubéolique au début d'une grossesse méconnue ne comporte aucun risque malformatif pour l'embryon → ∅ indication d'interruption de grossesse)

- **Vaccination dans le post-partum** si ∅ immunité acquise
- **Éviter tout contage** surtout pendant les quatre premiers mois (**crèches, maternelles, enfants rubéoleux**..).
- Immunisation passive : **Ig** humaine **dans les 24 h** après un contage (***efficacité non démontrée***)

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, ANAES 96, Cours Fac

TOXOPLASMOSE au cours de la grossesse[Q+++] Q167

Généralités

- **50 % ♀** sont **séronégatives** → **1 %** vont se contaminer en cours de grossesse
- **10 %** des primo-infect° st **sympto** (**polyADP**[Q] cervicales & occipitales, **fièvre**[Q], asthénie, **exanthème**[Q])
- Transmission materno-fœtale : **placentite** puis passage dans la circulation fœtale → **toxoplasmose congénitale ds 1/3** des cas, de **gravité** très **variable**, **1~2 cas pour 1000** naissances
- Technique sérologiques :
  - ❖ **IgG spécifiques** : multiples méthodes, seuil de + = 3 ~ 12 UI/mL, à rechercher par 2 techniques ≠
  - ❖ **IgM spécifiques** : **Remington**[Q] (**IFI**), **ELISA** et **ISAGA** sont + sensibles (et + fiables) que Remington
  - ❖ Eventuellement, **test d'avidité** (si index **< 0,5** → infection **< 20 sem**)

Diagnostic maternel

➢ **Sérologie : à la 1ère cs de grossesse**
si ∅ résultat écrit antérieur (contrôle prénuptial) prouvant acquisit° de l'immunité (IgG ++, IgM –)

➢ **Interprétation**

- **Si** IgG – et IgM – : **∅ immunité → suivi mensuel**[Q++++] : **Séroconversion** = apparition des IgG et/ou IgM
- **Si IgG OU IgM +** d'emblée → **contrôle** sérologie **3 sem** + tard <u>ds le même labo</u>

<table>
<tr><th>1ère sérologie</th><th>2ème sérologie</th><th>Interprétation & CAT</th></tr>
<tr><td>IgG + 3 ~ 200 UI/mL
IgM – (ELISA ou ISAGA)</td><td>Tx identiques</td><td>Toxo ancienne, immunoprotection, risque fœtal nul
→ ∅ contrôles ultérieurs nécessaires sf immunodépress°</td></tr>
<tr><td>IgG + 3 ~ 200 UI/mL
IgM + titre élevé</td><td rowspan="2">↑↑ IgG
IgM +</td><td rowspan="2">Toxo évolutive avec contamination récente
→ ttt mère, surveillance écho mensuelle, Dc anténatal si contaminat° > 6e SA
→ bilan complet chez le NN à la naissance (5 % de faux – aux Dc anténatal)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">IgG + 3 ~ 200 UI/mL
IgM + titre faible</td></tr>
<tr><td>Tx identiques</td><td>Coexistence IgG + IgM ds une toxo relativement ancienne
→ ∅ contrôles ultérieurs nécessaires</td></tr>
<tr><td>IgG + > 300 UI/mL
IgM +</td><td>Tx identiques</td><td>Date de contamination difficile à déterminer (>= 2 mois avant la 1ère sérologie)
→ datation de la contamination (indice d'avidité) → détermine CAT</td></tr>
</table>

Diagnostic chez l'enfant

A rechercher lors d'une **séroconversion** toxoplasmique **pergravidique ou** d'une **toxoplasmose aiguë évolutive** en cours de grossesse

- ***En anténatal***
  - mise en évidence du génome de **T. gondii** dans liq amniotique (**amniocentèse**) par **PCR** à partir de la **18e SA** (possibilité de faux négatifs si séroconversion maternelle trop récente)
  - **échographie** morpho-foetale à la recherche de signes de **foetopathie** ++
  - **IgM et IgA spécifiques dans le sang fœtal** (se fait encore ??)

- ***En néonatal***
  - Recherche de signes de **fœtopathie** : hépatosplénomégalie, ictère…
  - Diagnostic **parasitologique** : **inoculation à la souris** du sang du cordon, de broyats trypsinisés de placenta
  - **Sérologie** spécifique : **IgM et IgA en ISAGA** sur le sang périphérique, surveillance ts les 2 mois jusqu'à l'âge de 10 mois (absence d'infection si ∅ synthèse d'Ac spécifiques par enfant + élimination Ac maternels)
  - **FO** : au 2e ou 3e jour de vie, recherchant des lésions de **choriorétinite**
  - **ETF** recherchant des **zones échogènes intracérébrales**, une **dilatation des ventricules** cérébraux
  - **Rx crâne**
  - **PL** chez enfants infectés : recherche **hyperalbuminorachie**, **pléiocytose** et de ***T. gondii*** (exceptionnellt retrouvé)

Risques fœtaux

- ## *Transmission materno-fœtale et risque foetal*
  - Risque de **transmiss°** materno-foetale d'autant + élevé que infect° maternelle **tardive**[Q++] (3e T > 2e T > 1e T)
  - **Gravité** de la toxoplasmose congénitale d'autant + grande que infect° fœtale est **précoce**[Q+] (1e T > 2e T > 3e T)

    → **contamination anté-conceptionnelle** : **risque = 0 sf** si mère **immunodéprimée**

    → contamination entre **0 ~ 6 SA** : risque = **1 % ms grave** (hydrocéphalie, microcéphalie, microcalcificat°…)

    → **lors d'une infection au cours du 3e T, NN peut être infecté (séro +) ms totalement asymptomatique**[Q++]

  → **Période la + dangereuse (à risque max de donner naissance à enfant atteint d'une maladie patente) = 10e ~ 24e SA**

- ## *Manifestat° de la toxoplasmose congénitale (gravité variable en fct° date de contaminat°)*
  - **Choriorétinite**[Q], dilatation des ventricules cérébraux (**hydrocéphalie**)[Q], **microcéphalie**[Q]
  - **Ascite, Epanchement pleural, péricardique, HSMG, placentomégalie, calcification intracérébrale**

Traitement

- ## *Anténatal*

➢ **Ensemble du bilan foetal ⊥ (85 %) :**
  - **Spiramycine** (**9 M UI/24h**) pendant **toute la grossesse**

    (ttt **parasitostatique**, **diminue par 2** le risque d'infection fœtale)
  - **échographie** mensuelle

➢ **Fœtus infecté + lésions écho**
  - **IGPMM** (en fct° du terme, des lésions neuro, avis neuropédiatrique)

➢ **Fœtus infecté avec écho ⊥ :**
  - **IGPMM** (en fonction du terme, du suivi, du souhait des parents) **ou**
  - ttt **parasiticide** (**Pyriméthamine 50 mg/24h + Sulfadiazine 3 g/24h**) associé à **ac. folinique**

    Infection fœtale doit être **prouvée** par prélèvements ovulaires

    Effets secondaires hématologiques (→ prévention par ac. folinique) et allergiques

- ## *Néonatal*

➢ **Si fœtus considéré comme contaminé en anténatal**
  - **Pyrémithamine + sulfamide**

➢ **Si fœtus considéré comme non contaminé + bilan néonatal ⊥**
  - **∅ ttt, surveillance** clinique et sérologique
  - Toxo congénitale écartée si **disparition des Ac maternels** spécifiques de type IgG disparaissent (**6 ~ 8e mois** de vie) + non apparition d'IgM + décroissance mensuelle de la charge immunitaire
  - **Si IgG persistent ou si IgM apparaissent → toxo congénitale → ttt**

Prévention[Q+++]

➢ **Dépistage**
  - des patientes séronégatives, obligatoire en France lors de **examen prénuptial** et de la **déclaration de grossesse**
  - d'une séroconversion pergravidique par la surveillance **sérologique mensuelle des patientes non immunisées**
  - d'une réactivation endogène chez une patiente ayant un **déficit de l'immunité cellulaire**, et surtout sa **prévention primaire**, à discuter cas par cas lorsque **CD4 < 200/mm^3** (**spiramycine** au 1e T, **puis pyriméthamine-adiazine**)

➢ **Mesures hygiéno-diététiques recommandées aux patientes non immunisées**
  - Éviter contacts avec **chats**[Q] **et leurs excréments**, faire **nettoyer + désinfecter litière par tierce personne** ts les jours
  - Consommer de la **viande très cuite**[Q], ne pas manger de la viande saignante ou crue (sauf viande congelée)
  - **Laver** à grande eau **légumes & fruits** primeurs **souillés** de terre et, si possible, ne les consommer que **cuits**, ou sinon **pelés**
  - Se **laver** soigneusement les **mains après** avoir manipulé de la **viande** crue, **légumes** ou **terre** et avt chaque repas
  - Porter des **gants pour jardiner**.

➢ **Prescription de spiramycine** aux patientes qui font une **séroconversion toxoplasmique pergravidique** (réduit de moitié le risque de contamination fœtale)

➢ **Le conseil d'un délai de 6 mois entre une infection toxoplasmique aiguë et le début d'une grossesse.**

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, ANAES 96, Cours Fac 2001 et D1 !!!

HERPÈS au cours de la grossesse Q167

Généralités

- Herpès néonatal **20 ~ 30 cas pour 100 000**
- Dans **1/3** des cas, **excrétion virale** est **asymptomatique** lors de l'accouchement
  et dans **2/3** des cas, **∅ ATCD maternel** connu d'herpès génital (→ ∅ de prévention possible)
- **Antiviraux** (Aciclovir, Vidarabine) permettent d'**arrêter** la **progression vers SNC & la dissémination**

Diagnostic maternel

- Contamination d'origine **génitale** maternelle **lors de l'accouchement** HSV2
- Dc viro. : **cultures cellulaires** à partir du contenu des vésicules ponctionnées, produit de **grattage des ulcérat°**
- Sérodiagnostic

Diagnostic chez l'enfant

- **In utero** : **Prématurité**, **hypotrophie** foetale, **avortements** spontanés, **embryofoetopathie** (microcéphalie, microphtalmie, choriorétinite, hydranencéphalie, encéphalite, calcifications intracrâniennes, érosions cutanées)
- **Formes localisées superficielles (50 %)** : conjonctivite, ***kératoconjonctivite***, ***atteinte cutanéo-muqueuse***
- **Formes localisées au SNC (40 %)** : ***Lésions cutanées***, buccales ou oculaires (50 %), ***Méningoencéphalite***
  → ***mortalité immédiate 10 %, 40 % décès retardés / séquelles graves***
- **Formes disséminées précoces (10 %)** : ***exanthème*** vésiculeux (50 %), atteinte du ***SNC*** (convulsions) (50 %), ***défaillance polyviscérale*** → ***mortalité 70 %***

Risques foetaux

- ***Pendant la grossesse :*** la contamination fœtale in utero (***pré-partum***) par voie ***hématogène transplacentaire*** lors d'une ***primo-infection*** herpétique maternelle est ***exceptionnelle***
  → prématurité, hypotrophie fœtale, avortements spontanés et surtout embryofœtopathie (herpès congénital)
- ***Lors de l'accouchement +++ (cf. diagnostic chez l'enfant)***
  - **Risque d'infection du NN : > 50 % si primo-infection, 5 % si récurrence**
  - **Facteurs additionnels de risque :**
    - **prématurité** (rencontrée dans les infections maternelles primaires)
    - **rupture prolongée des membranes ovulaires**
    - **excoriations cutanées** de l'enfant (→ ∅ d'électrode de scalp ++)
    - **intensité de la charge virale** (effet cytopathogène massif et rapide à la culture cellulaire) et de la **durée d'exposition au virus** pendant le travail
    - **absence ou titre faible d'anticorps sériques neutralisants anti-HSV** chez la mère.

Traitement

- ***Pendant la grossesse, < 36 SA***
  - **Primo-infection herpétique :** Prélèvements viro, sérologie (IgG et IgM), **Ttt local +++ et ttt général** (aciclovir) pour diminuer risque de dissémination et d'hépatite
  - **Récurrence :** Dc clinique, prélèvement viro si doute, **± ttt local** (Zovirax crème), ∅ ttt général
  - ATCD herpès sans poussée pendant la grossesse : examen clinique uniquement
- ***A l'accouchement***
  - **Si lésions cliniques visibles à l'examen** : **Césarienne avt rupture des membranes** (ou **au max < 6 h** après), **prélèvements** systématiques chez la **mère** (col, vulve) et le **NN** (œil, pharynx)
  - **Primo-infection symptomatique ds le mois précédent** : **césa + ttt antiviral oculaire** du NN + surveillance
    Si ∅ césarienne ou tardive (> 6 h après rupture des mb) → **ttt** préventif systématique du NN par **aciclovir IV**
  - **Récurrence symptomatique ds la semaine précédente** : **césarienne**, **prélèvements** virologique chez l'enfant
    Si ∅ césarienne ou tardive → ttt antiviral oculaire du NN
    Si préma / électrode au scalp / rupture prolongée des membranes / prélèvement viro + → aciclovir IV
  - **ATCD d'herpès génital sans poussée** : **voie basse** (risque d'herpès cz nouveau-né = 1 / 1000 seulement) avec **désinfection** vulvo-vaginale à la **bétadine**, **∅ électrode au scalp**, **toilette** du NN à la **bétadine diluée**

Prévention

- Prévention de l'herpès génital, prévention des MST
- Prévention contamination mère -> nouveau-né : mesures prophylactiques : Accouche^t programmé / **Césarienne**, Désinfection à la **Bétadine**, **pas de TV répétés**, **pas d'électrode au scalp**, Chimiothérapie antivirale: **aciclovir**
- Mesures d'hygiène : **asepsie**, **séparation du NN de sa mère si herpès maternel primaire orolabial**

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, ANAES 96, Cours Fac, Rev Prat 2000 (Recommendations IHMF 1999)

LISTERIOSE au cours de la grossesse Q167

Généralités

- Listeria monocytogénès (bactérie ubiquitaire retrouvée dans sol, eau)
- 1 ~ 5 grossesse / 1000, le + svt au 3e trimestre
- Contamination alimentaire en général (lait cru, pasteurisé, salades, choux, fromages frais)
- atteinte fœtale redoutable[Q], contamination par voie hématogène[Q+++] (et **non** pas ascendante par voie vaginale[Q])
- 3ème cause d'infection néonat (après strepto B et E Coli)
- symptomato maternelle diverse

→ TOUTE FIEVRE d'origine non évidente, persistant > 48 h chez la ♀ enceinte doit être considérée comme listérienne[Q++] et traitée[Q] comme telle (même s'il s'agit d'une infection virale, CAT identique si Sd pseudogrippal ± accoucht prématuré[Q++])
→ HAA, ECBU, Ampicilline systématique[Q+++]

Diagnostic maternel

- ***Clinique***
  - Fièvre isolée (20 %) ou associée à un syndrome pseudogrippal[Q+++]
  - signes urinaires, bronchiques, GEA, syndrome pseudoappendiculaire
  - Contractions utérines
  - Puis dans un second temps : fièvre, diminution des mouvements actifs fœtaux
  - accouchement prématuré, souffrance foetale aiguë
- ***Paraclinique***
  - Isolement de L. monocytogenes à partir d'**hémocultures**[Q+++], urocultures[Q], prélévement de l'endocol
  - Sérologie peu utile.

Diagnostic chez l'enfant

- Isolement de L. monocytogenes dans le liquide amniotique
- Chez le nouveau-né, isolement à partir du placenta, des frottis membranaires, méconium (80 %) liquide gastrique, sébum, pharynx 70 %, oreille, LCR, diagnostic périphérique.

Risques foetaux

- FCS précoce ou tardive
- Mort foetale in utero[Q]
- SFA avec accouchement prématuré[Q++]
- Forme précoce septicémique : accouchement prématuré, détresse respiratoire, éruption cutanée, énanthème pharyngé, hépatosplénomégalie, ictère, CIVD, atteinte méningée
- Forme tardive à type méningite : trouble de la vigilance, tension de la fontanelle antérieure, convulsions, dysrégulation thermique

Traitement

- Ampicilline[Q+++] (200 mg/kg/j soit 8 ~ 12 g/j IV puis relai per os 3 ~ 4 g/j pendant au moins 2 sem [pas de consensus]) (érythromycine si allergie aux β-lactamines, Bactrim contre-indiqué pendant grossesse)
- + gentamicine (3 mg/kg/j IV pendant les 5-8ers jours seulement car ototoxicité) (ou autre aminoside)
- après prélèvements maternels

Prévention : Recommandations pour les ♀ enceintes

- Éviter la consommation de lait cru, de produits à base de lait cru et les fromages à pâte molle.
- Pour les produits de charcuterie consommés en l'état, préférer les produits préemballés aux produits vendus à la coupe qui doivent être consommés rapidement après leur achat.
- Cuire soigneusement les aliments d'origine animale, les légumes crus et les herbes aromatiques.
- Les restes alimentaires et plats cuisinés doivent être réchauffés avant consommation immédiate.
- Se laver les mains, nettoyer les ustensiles de cuisine après manipulation d'aliments non cuits.
- Conserver les aliments crus (viande, légumes,…) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés.
- Nettoyer le réfrigérateur deux fois par mois et le désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée.

- **Prélèvements (HAA, ECBU minimum) + Ampicilline devant toute fièvre inexpliquée cz ♀ enceinte**

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, ANAES 96,Cours Fac

SYPHILIS au cours de la grossesse Q167

Généralités

- Syphilis chez femme enceinte ne présente pas de particularités spécifiques
- **ttt avant 4è mois de grossesse évite toute atteinte fœtale**
- Dépistage est obligatoire ds les 3ers mois de la grossesse (TPHA + VDRL), Maladie à déclaration obligatoire

Diagnostic maternel

Sérologie

- VDRL (non spécifique) et TPHA (spécifique) (2 méthodes sont obligatoires), FTA en cas de doute
  - ❖ **VDRL et TPHA ou FTA + à des taux élevés** : contamination récente → maladie syphilitique latente à traiter (en dehors des autres tréponématoses des zones d'endémie).
  - ❖ **VDRL et TPHA ou FTA + à des taux faibles** (surtout pour les réactions non spécifiques) : syphilis antérieurement traitée ou non traitée, ou d'une nouvelle contamination récente qui sera authentifiée par une augmentation franche du taux des anticorps lors de tests répétés à deux semaines d'intervalle.
  - ❖ **VDRL faiblement + et TPHA et FTA -** : fausse sérologie + : Ac anti-phospholipidique (anticoagulant lupique, anticardiolipine) → soit maladie systémique auto-immune, soit Sd anti-phospholipidique → La grossesse de ces femmes doit être particulièrement surveillée.
- Sérologie VIH, HBV, HCV à proposer

Diagnostic biologique

- Ex direct à l'état frais au microscope à fond noir ; Ac monoclonaux spécifiques dirigés ctre l'Ag du T pallidum

Diagnostic chez l'enfant

- **PCR** au niveau du liquide **amniotique**, **placenta**, **cordon** ombilical
- **Sérologie** sur sang périphérique au 2e – 3e j de vie par FTA abs. (IgM) + TPHA ou méthode immuno-enzymologique (pour éviter les faux négatifs)
- **Radio des os longs** à la recherche d'une dystrophie métaphysaire
- **Ponction lombaire**

Risques foetaux

- **Infection foetale** : HSMG, anasarque foetoplacentaire, mort foetale in utero, RCIU, accouchement prématuré
- **Infection néonatale** :
  - ❖ **Septicémie** néonatale grave d'évolution fatale
  - ❖ Syndrome **néphrotique**, **méningite**, **ostéochondrite** bilat des os longs des **mbres supérieurs**, **périostite**
  - ❖ **Surdité**, **hydarthrose**, lésions **dentaires**

Traitement

Maternel *(ttt à confirmer, g pas le dernier Pilly…)*

- Syphilis < 1 an : **Extencilline** 2,4 MU IM 1 fois ; Syphilis > l an : Extencilline l /semaine pendant 3 semaines
- 2e cure thérapeutique si VDRL quantitatif n'a pas diminué de 4 dilutions 3 mois après le traitement.
- Au 3e T, péni est - efficace dans le ttt d'une éventuelle infection fœtale → NN peut être infecté et asympto
- Réaction de **Jarisch-Herxheimer** (liée à la libération de prostanoïdes), très fréquente, survient généralement 2 à 8 heures après début du traitement → réaction fébrile maternelle → risque de MAP et de souffrance fœtale Ttt = repos, antipyrétiques, hydratation ; **Prévention = prednisone** (0,5 mg/kg/j) pdt 2 ~ 3 jours en début de ttt.
- Si allergie à pénicilline documentée (test cutané positif), érythromycine 2 g/jour per os pdt 20 j (ms éryhtromycine franchit mal barrière placentaire → ttt du nouveau-né par pénicilline nécessaire)

du nouveau né

- Lésions cutanéo-muqueuses de l'enfant et jetage nasal sont riches en *T. pallidum* → **mesures d'hygiène**
- Il n'existe pas d'allergie à la pénicilline et la réaction d'Herxheimer est peu fréquente chez le nouveau-né
- ttt = **pénicilline cristallisée** (Spécilline : 50 000 U/kg IV tts les 8 ou 12 heures pendant 10 à 14 jours) si symptomatiques, et (ou) sérologie spécifique positive, ainsi que enfants nés de mères à suivi médical médiocre ;
- Peuvent être traités par la benzathine pénicilline G (**Extencilline** : 50 000 U/kg IM) enfants asympto à bilan paraclinique - (∅ IgM sériques spécifiques, Rx squelette et PL ⊥), dont la mère a été traitée par péni ds le mois précédant l'accouchement, ou dont la mère a été traitée par l'érythromycine pendant la grossesse, ainsi que enfants à bilan - dont le suivi médical est incertain.

Prévention

- **Dépistage obligatoire**, Diagnostic et **traitement précoce** de l'infection maternelle, **Déclaration obligatoire**
- Prévention des M.S.T.

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, ANAES 96, Cours Fac

HEPATITE B au cours de la grossesse Q167

Généralités – Autres hépatites virales

- Pas de risque tératogène (∀ hépatites A, B, C, E)
- Grossesse & Hépatite E : ↑° risque d'hépatite fulminante
- Sérovaccination du nouveau-né n'existe que pour l'hépatite B

Diagnostic maternel

- Dépistage systématique de Ag Hbs au 6ème mois de grossesse
- Si + : Sérologie maternelle complète (Ag Hbe, Ac anti-Hbe, Ac anti-HBc de type IgG et IgM), ADN viral, Transaminases

Diagnostic chez l'enfant

- Sérologie : Ag HBs à J15 (ou à J30 avant la 2e injection vaccinale) pour rechercher une infection congénitale.
- Un bilan (Ag HBs, Ac anti-HBs) à l'âge de 4 mois aux enfants nés de mères Ag HBe positif afin de renforcer la protection sérovaccinale si la concentration en Ac anti-HBs est < 100 mU/mL.

Risques foetaux

- Absence d'embryofoetopathie liée au HBV
- Risque élevé d'infection chronique de l'enfant lors de la transmission verticale mère-enfant
- La transmission verticale périnatale est la plus fréquente : per-partum le + svt (sécrétion vaginale, sg contenu dans le vagin lors de l'expulsion, microtransfusions materno-fœtales), post-natal parfois
  La transmission anté-partum est rare (peut s'effectuer lors d'une infection aiguë avec Ag Hbe +$^{Q++}$)
- Hépatite chronique active dans 60 % des cas qui se révèle au moment de l'adolescence ou de l'âge adulte.

Traitement

- ***Mère***
  - Cs spécialisée (bilan, suivi lg terme)
- ***Nouveau-né ++++ : Sérovaccination^{Q++} =***
  - Vaccin HBV IM à J1 J30 J60 J120 12 mois
  - + sérothérapie par gammaglobulines à J1 (avant la 10e heure de vie), J30, J120

Prévention

- Prévention par dépistage systématique des femmes enceintes au cours du 6e mois de la grossesse
- Si statut immunologique inconnu lors du travail → Détermination en urgence
- Information sur les modes de transmission
- Sérologies chez les enfants et le conjoint
- Vaccination des enfants et du conjoint si sérologie -
- Tous les enfants de femmes porteuses d'Ag Hbs ou Hbe bénéficieront d'une prophylaxie par gammaglobulines et vaccination dès la naissance +++

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, Cours Fac

CMV au cours de la grosesse

Q167

Généralités

- Virus ubiquitaire et endémique
- **Transmission : sécrétions oropharyngées et urogénitales, transfusion de sg non déleucocytés, transmission materno-fœtale**
- 30 ~ 50 % des ♀ st séronégatives → risque de primoinfection au cours de la grossesse (2 %) d'autant + grand que enfants précédents sont en collectivité (crèche, garderie)
- Infection congénitale à CMV : 0,5 ~ 1 % des NN (transmission hématogène)
- Primo-infection → 90 % asymptomatique, 10 % fébrile

Diagnostic maternel

- Syndrome mononucléosique maternel
- Anomalies échographiques foetales évocatrices d'infection : hypotrophie, microcéphalie, dilatation des ventricules latéraux, HM, anarsaque foeto placentaire
- Sérodépistage CMV des femmes enceintes (non obligatoire) → si - : contrôle lors de l'accouchement → si + : surveillance du NN (virurie, bilan néonat cérébral et sensoriel)

Diagnostic chez l'enfant

- En prénatal : isolement du virus dans le liq amniotique (cultures rapides, biomol)
- 90 % des NN contaminés naissent ⊥
  → 10 % développeront séquelles nerveuses (microcéphalie, retard mental) ou sensorielles (ouie, œil) < 2 ans
- 10 % : Retard de croissance, prématurité, microcéphalie, hépatosplénomégalie, anémie, thrombopénie, pétéchies, choriorétinites, calcifications intracérébrales, anasarque
  → 30 % décès, 90 % séquelles neurosensorielles + retard de croissance parmi les survivants

Risques foetaux

- Transmission de la mère à l'enfant : 20 à 40 % lors d'une primo-infection maternelle

Traitement

- IMG en présence d'anomalies échographiques si infection fœtale confirmée.

Prévention

- Populations exposées : professionnels de santé, personnes en contact avec les enfants
- Prévention primaire :
  - ❖ prévention de la contamination sexuelle
  - ❖ prévention de la contamination transfusionnelle
  - ❖ mesures d'hygiène donnés aux patientes travaillant au contact d'enfants en bas âge ou dont les enfants sont en crèche (se laver les mains après avoir changé les enfants, mettre les changes dans un sac hermétique, nettoyer tous ustensiles et jouets en contact avec la salive des enfants, éviter les baisers, séparer dans les crèches les aires de change des enfants des aires de préparation de la nourriture, éloigner les soignantes séronégatives en âge de procréer des enfants atteints de maladie CMV congénitale) ;
- En cours de recherche : vaccins

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, Cours Fac

VIH au cours de la grossesse

Q167

Généralités

- **Obligation de proposer** le dépistage à la 1ère consultation de la grossesse
- Prévalence : 5 pour 1000, (+ fréquent en île de France et PACA)
- **Pas de diagnostic anténatal du fœtus possible** (car risque de contamination par la ponction)
- Si VIH + : mode de contamination (toxico ?), type de sexualité, désir de poursuivre la grossesse… ?

Diagnostic maternel et chez l'enfant

- Détection du génome viral : PCR de l'ADN proviral intégré
- Ag P24 sérique
- Mise en évidence de la production d'Ac anti VIH par les lymphocytes B circulants en ELISA ou Western-Blot
- Etude des anticorps sériques: IgA spécifiques, IgM spécifiques, IgG (ms IgG maternelles passent chez le NN → « séropositivité » durant 12 ~ 18 mois même si non infecté)
- Identification VIH 1 / 2 (surtout pour ♀ d'origine africaine)
- Le diagnostic précoce peut être fait dans 95 % des cas sur 3 prélèvements (1e semaine, 1e et 3e mois de vie)

Risques foetaux

- Risque de transmission materno-foetale : **sans ttt → 20 %** ; si **AZT + Césarienne** prophylactique → **< 1%**
- **Eléments pronostiques : tx ARN viral plasmatique** (→ le + imp), **CD4**, manifestations **cliniques**
- Transmission surtout en fin de grossesse[Q] / durant accouchement / par allaitement
- ∅ risque malformatif ni de foetopathie spécifique liée à l'infection
- **Evolution précoce sévère (15 %) : encéphalopathie**
- **Evolution lentement progressive (15 %) : délai d'apparition du SIDA = 8 ans**

Traitement

- ***De la mère***
  - Prévention primaire des infections opportunistes
  - Traitement antirétroviral par AZT ± autres antirétroviraux (risque néonataux ?, cytopathies mitochondriales ?)
  - Contraception
- ***Du nouveau-né***
  - Traitement antirétroviral

Prévention

- Prévention de la transmission verticale du VIH
- traitement anti-rétroviral : **AZT**[Q] en **2ème partie de la grossesse**
- **Césarienne prophylactique à 36 SA**
- **∅ d'allaitement**

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat, ANAES 96,Cours Fac

Vaccins et grossesse Q+

- Une consultation de vaccination est nécessaire, notamment en cas de voyage ou en cas de doute.

Trois classes de vaccins sont distinguées :

- ***Sont contre-indiqués les vaccins à virus vivants atténués :***
  - antirubéoleux (cependant vaccination accidentelle pendant une grossesse débutante n'entraîne ∅ risque fœtal)
  - antivariolique en raison du risque de vaccine foetale (sauf en cas d'épidémie)
  - antipoliomyélitique par souche vivante (vaccin oral), mais non pas voie injectable
- ***Sont à éviter : certains vaccins car ils peuvent provoquer des réactions maternelles :***
  - antityphoparatyphique,
  - antidiphtérique,
  - anticoquelucheux,
  - antidysentérique,
  - antirabique : on peut le pratiquer en cas de nécessité absolue,
  - antirougeoleux et antiourlien : ces deux vaccins sont sans indication chez la femme enceinte,
  - le BCG n'est pas à envisager pendant la grossesse ;
- ***Sont admis les vaccins :***
  - antitétanique : ne pas hésiter à le faire en cas de plaie souillée (risque de tétanos),
  - antipoliomyélitique inactivé (voie injectable),
  - anticholérique, mais son efficacité douteuse fait préférer l'abstention,
  - antigrippale,
  - *antihépatite B, il n'est pas souhaitable de vacciner pendant la grossesse en raison du manque de recul pour évaluer un risque éventuel pour le premier trimestre.*

En conclusion, une certaine prudence doit être observée vis-à-vis de la vaccination chez la femme enceinte, surtout pendant les trois premiers mois. La période du post-partum est, en revanche, une période très propice pour compléter les vaccinations, en particulier rubéole et hépatite B.

Source : ANAES 96

Antibiotiques et grossesse Q+

- **Les antibiotiques suivants peuvent être utilisés chez la ♀ enceinte, y compris au cours du 1e T :**
  - Pénicillines : Péni G (dont Extencilline*…) et V (Oracilline…), Péni M (Bristopen*, Orbénine*), aminopénicillines (Amoxicilline, Ampicilline), carboxypénicillines (Ticarpen*), pivmécillinam (Selexid*)
  - Céphalosporines
  - Streptogramines (Pyostacine*)
  - Nitroxoline
  - Macrolides
  - Antituberculeux : isoniazide, rifampicine, éthambutol

  (Rq : Antifongiques per os : amphotéricine B, nystatine, miconazole)
- **Sont CI chez la ♀ enceinte :**
  - Fluoroquinolones
  - Tétracyclines (2e et 3e T de grossesse)
  - Sulfamides (Bactrim*)
  - Phénicolés
- **Sont à éviter (innocuité non établie) :**
  - Fosfocine (notamment 1e T)
  - Inhibiteur des β-lactamases
  - Aminosides (risque d'ototoxicité si utilisation prolongée)
  - Streptomycine, Pyrazinamide
  - Nitro-imidazolés (Flagyl*)
  - Lincosanides (Dalacine*)

Source : Doroz 99